

ДИАГНОСТИКА ПАТОЛОГИИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА ОККЛЮЗИОННОГО ГЕНЕЗА

Высшее государственное учебное заведение Украины

«Украинская медицинская стоматологическая академия» (г. Полтава)

*Высшее частное учебное заведение

«Международная академия экологии и медицины» (г. Киев)

Настоящее исследование является фрагментом выполнения тематики «Влияние антропогенных факторов внешней среды на население большого города» (№ 0107U002291). Автор является непосредственным исполнителем обозначенной темы.

Вступление. Окклюзионные нарушения в зубочелюстной системе могут являться как причиной, так и отягощающими факторами при целом комплексе стоматологических заболеваний [6].

За последние десятилетия появилось большое количество публикаций, посвященных функциональным нарушениям зубочелюстной системы, что указывает на значительное распространение и оправдывает постоянный интерес к данной патологии [1,7].

Проанализировав анамнестические данные пациентов о их мытарствах от специалиста к специалисту по причине возникших шумов и (или) болей в одном или обоих височно-нижнечелюстных суставах авторы пришли к выводу, что существует недостаточная профессиональная осведомленность врачей-стоматологов, кто же и в каком объеме должен оказывать помощь данной категории пациентов, а это отодвигает время оказания помощи пациентам, что, в свою очередь, осложняет и само лечение [9,8].

Это и определило **цель исследования** – повысить эффективность лечения пациентов с болевым синдромом дисфункции височно-нижнечелюстного сустава окклюзионного генеза.

Первые симптомы БСД ВНЧС нередко проходят самостоятельно или под действием назначаемого лечения. Если причину дискоординации жевательных мышц не устранить, то развивается приспособительная реакция элементов

сочленения к работе в новых условиях. При длительно существующей дисфункции жевательных мышц могут появляться рентгенологические проявления механической перегрузки тканей элементов ВНЧС с развитием дегенеративных изменений [2].

Схему этиопатогенеза болевого синдрома дисфункции ВНЧС представлено на **рисунке 1**.

Окклюзионные нарушения в результате завышающих прикус пломб, зубных протезов, потери зубов, деформации зубных рядов, аномалий прикуса, образования феномена Годона-Попова, выдвижения зубов мудрости в сторону разрушившихся или отсутствующих антагонистов, припаровки зубов под несъемные протезы ухудшают окклюзионные

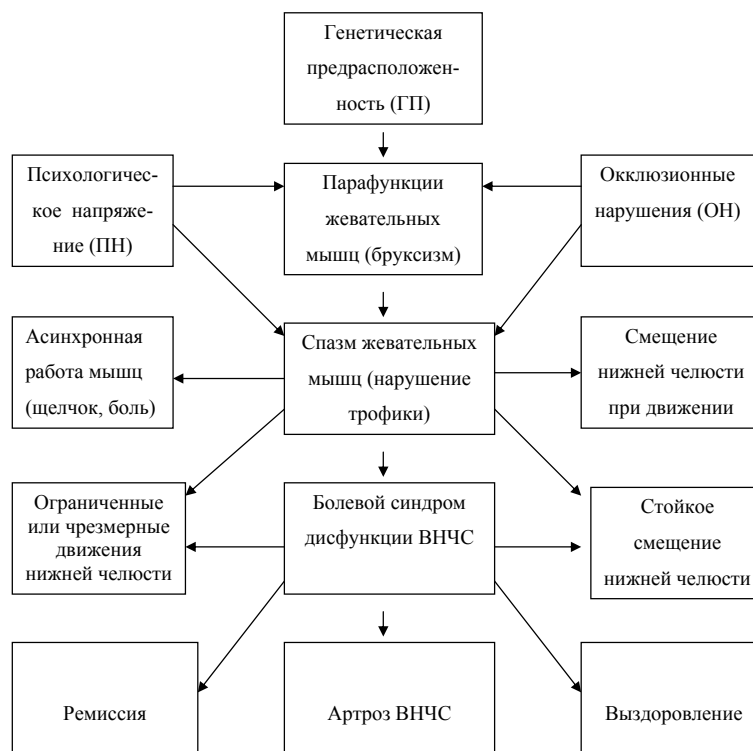


Рис. 1. Схема этиопатогенеза болевого синдрома дисфункции ВНЧС (Мирза А.И. 2002).

контакты и нарушают межокклюзионную высоту в положении центральной окклюзии, что приводит к образованию преждевременных контактов. Вследствие этого нарушается принцип множественных зубных контактов и рецепторное восприятие с пародонта (одновременность раздражения всех рецепторов), изменяются движения нижней челюсти [3].

Понимание причин данной патологии позволит, в определенной степени, опытному специалисту отличить болевой синдром дисфункции от сходных с ним заболеваний, установить причину, назначить адекватное лечение или направить к специалисту [4,5].

Объект и методы исследования. Объектами клинического исследования были 93 человека (69 женщин и 24 мужчины) в возрасте 16-73 лет с клиническими признаками БСД ВНЧС. Распределение пациентов по полу и возрасту пациентов по возрасту и полу представлено в **таблице 1**.

Таблица 1

Распределение пациентов по полу и возрасту

Возраст	Мужчины		Женщины		Всего пациентов	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
16-30	3	3,22	8	8,6	11	11,83
31-40	2	2,15	14	15,05	16	17,2
41-50	11	11,83	31	33,33	42	45,16
51 и более	8	8,6	16	17,2	24	25,81
Всего	24	25,81	69	74,19	93	100 %

Клиническое обследование состояло из анализа предъявляемых пациентами жалоб, сбора анамнеза. Оценивались такие признаки, как наличие, интенсивность и локализация болевых ощущений, звуковые явления в ВНЧС, заболевания общего характера.

При обследовании обращалось внимание на высоту нижнего отдела лица, на симметричность лица, выраженность складок и положение губ, степень открывания рта, амплитуду боковых движений нижней челюсти, величину смещения ее в переднем, заднем и боковых направлениях. Изучались характер смыкания зубов, наличие зубочелюстных аномалий, деформаций и дефектов зубных рядов. Большое значение для анализа окклюзионных взаимоотношений имела оценка состояния сохранившихся зубов, а также характер смыкания передней и боковых групп зубов. При изучении зубных рядов - оценивались преждевременные контакты.

Результаты исследований и их обсуждение. Анализ измерения моделей челюстей 93 -х пациентов с БСД ВНЧС окклюзионного генеза показали, что в преобладающем большинстве случаев (64 пациентов (68,82%)) обнаруживался не симметричный латерально направляющий супраконтакт (пломба, коронка или искусственный зуб, выдвинувшиеся или переместившиеся естественные зубы), эти пациенты составили 1-ю группу. Во 2-ую группу вошли

12 (12,9 %) пациентов с двусторонним симметричным мезиально направляющим супраконтактом (пломбы, коронки или искусственные зубы, выдвинувшиеся последние верхние зубы). В 3-ю группу вошли 17 (18,28 %) пациентов с симметричным дистально направляющим супраконтактом (пломбы, коронки или искусственные зубы во фронтальном участке, выдвинувшиеся последние нижние зубы). При обнаружении гипербалансирующих контактов (эксцентрическая окклюзия), которые возникали только при движениях нижней челюсти, все пациенты вошли в 1-ю группу, так как имели клинику и результаты специальных методов исследований, схожие с пациентами, имевшими односторонний не симметричный латерально направляющий супраконтакт в центральной окклюзии.

По поводу имеющихся жалоб ранее обращалось к стоматологам и (или) врачам других специальностей и получали лечение, которое имело кратковременный успех, или не давало результата 52 пациентов, что составило 55,91 % от общего числа обследованных.

При сборе анамнеза установлено, что впервые за медицинской помощью с жалобами на болевой синдромом дисфункции ВНЧС, обратились 41 (44,09 %) пациентов, а 52 (55,91 %) пациента ранее обращались за помощью к врачам разных специальностей и получали лечение, которое имело кратковременный успех, или не давало результата. В 79 (84,95 %) пациентов заболевание было запущенным.

Ведущим клиническим признаком БСД ВНЧС являлась боль, различной интенсивности и локализации. Она определялась как точечная боль, непосредственно в ВНЧС, а также и разлитая - во всей околоушно-височной области. Часто, пациенты отмечали иррадиацию боли в другие области челюстно-лицевой системы: боковые зубы верхней и нижней челюстей, угол нижней челюсти, ухо, в височную, теменную область или затылок. У некоторых она отражалась в область шеи и трапецевидные мышцы. Боли тупые, непостоянные, усиливающиеся в сырую холодную погоду или после длительной нагрузки, к вечеру, при начальных движениях нижней челюсти после состояния покоя. Боль могла быть односторонняя или двухсторонняя, различной продолжительности, возникающая спонтанно или вследствие открывания рта, перемещения нижней челюсти в стороны, при жевании, во время разговора. Постоянные или периодически появляющиеся головные боли неясной этиологии, возникающие в ночное и (или) дневное время суток.

Другими, не менее важными, проявлениями были звуковые явления в ВНЧС (хруст, щелчки, крепитация), изменение степени открывания рта (менее 40 мм или более 50 мм), смещение или зигзагообразное движение нижней челюсти при открывании и закрывании рта, различный уровень смещения головок нижней челюсти. У некоторых пациентов отмечались нарушение сна, раздражительность, тревожность и даже канцерофобия.

Жалобы пациентов

Жалобы, непосредственно связанные с ВНЧС	боль, звуковые явления (щелчки, хруст, треск), ограничение открывания рта, неравномерные смещения и вывихи головок нижней челюсти, блокирование сустава, отклонение нижней челюсти в стороны при открывании рта.
Жалобы со стороны ЛОР-органов	звон и шум в ушах, ощущение «наполненности водой» в ушах, нарушение слуха, зуд в наружном слуховом проходе, часто возникающие отиты, понижение слуха с одной или двух сторон, «заложенность» ушей, шум в ушах при изменении атмосферного давления. Появление «заложенности» возможно при изменении положения головы, одновременно отдельные пациенты отмечали неприятные ощущения в глазах. У части больных изменился голос, стал хриплым, они отмечали, что отдельные слова и фразы стали произносить иначе, чем до болезни, более жестко и глухо, появилось першение в горле.
Жалобы на окклюзионные нарушения	стирание эмали, деформации и дефекты зубных рядов, неудовлетворенность результатами ортодонтического или ортопедического лечения, качеством оперативного вмешательства при удалении зубов, изменение высоты нижнего отдела лица, феномен Попова-Годона.
Жалобы на боли в челюстно-лицевой области	в жевательных, мимических мышцах, мышцах шеи и пояса верхних конечностей, дневное и ночное сжатие зубов, безпищевое жевание, асимметрия лица, возникающая при переохлаждении, напряженное состояние лицевой мускулатуры, частые головные боли.
Жалобы на нарушение психоэмоционального состояния	депрессия, раздражительность, головокружение, общая слабость, состояние общего дискомфорта, сниженная работоспособность и, как следствие, невыполнение своих профессиональных обязанностей (как правило, они связаны со значительными речевыми нагрузками), отрицательный эмоциональный фон, чувство страха, канцерофобия, нарушение сна.
Жалобы на органы зрения	покраснение глазных яблок, мелькание «мушек» перед глазами, слезотечение из одного или обоих глаз.

Сочетание всех признаков синдрома дисфункции ВНЧС бывает довольно редким, чаще встречается один из вышеперечисленных симптомов или несколько. В связи с этим большое значение имеет выявление этиопатологических факторов, ведущих к многообразной клинической картине заболевания.

Во время опроса, жалобы, предъявляемые пациентами, были разделены на группы:

1. жалобы, непосредственно связанные с ВНЧС;
2. жалобы со стороны ЛОР-органов;
3. жалобы на окклюзионные нарушения;
4. жалобы на боли в челюстно-лицевой области;
5. жалобы на нарушение психоэмоционального состояния;
6. жалобы на органы зрения (**табл. 2**).

Переносимость боли – во многом зависит от психоэмоционального состояния больного. Пациенты, испытывающие страх перед болью, при

равной чувствительности и толерантности к болевому воздействию проявляли более сильные и многообразные реакции: тревогу, беспокойство, волнение, страх.

Данные по иррадиации и локализации болей у пациентов, страдающих БСД ВНЧС, представлены в **табл. 3**.

Важное значение в диагностике БСД ВНЧС окклюзионного генеза имеет определение срока потери зубов. Длительность заболевания, которых составила: до 3 мес. – 14 чел. (15,05%), от 3 мес. до года - 19 чел (20,43%), от 1 года до 3 -х лет – 28 чел. 30,11%, от 3 до 5 лет – 21 чел. (22,58%), более 5 лет. – 11 чел (11,83%). Наибольший удельный вес приходится на сроки потери от 3 мес. до 5 лет – 68 чел. (73,12%). Увеличение срока приводит к появлению деформаций зубных рядов, способствующих нарушению окклюзионных взаимоотношений. Этим

Таблица 3

Схема локализации и иррадиации болей при болевом синдроме дисфункции ВНЧС

Спазмированные участки мышцы	Клиника	Область иррадиации болей
Височная мышца. Наличие «триггерных точек»	Ограниченное открывание рта, смещение нижней челюсти в сторону болезненной мышцы	Боковая часть головы, моляры верхней челюсти, лобная и скуловая области
Собственно жевательная мышца. Наличие «триггерных точек»	Ограниченное открывание рта, смещение нижней челюсти в сторону болезненной мышцы	Наружная поверхность угла и ветви нижней челюсти, премоляры и моляры верхней челюсти
Наружная крыловидная мышца	Смещение нижней челюсти в противоположную сторону	Область проекции ВНЧС, ухо.
Внутренняя крыловидная мышца	Ограниченное открывание рта, смещение нижней челюсти в противоположную сторону	Внутренняя поверхность угла и ветви нижней челюсти
Мышцы дна полости рта	Слабо выражена	Язык, боковая область шеи, височная и затылочная области

Таблица 4
Распределение обследуемых пациентов в зависимости от вида прикуса

Виды прикусов	Количество	(%)
По типу ортогнатического	47	50,54 %
прямой	6	6,45 %
бипрогнатический	4	4,3 %
опистогнатический	2	2,15 %
прогнатический	6	6,45 %
прогенический	5	5,38 %
глубокий	14	15,05 %
перекрестный	7	7,53 %
открытый	2	2,15 %

артикуляторе «Bio-art 4000» проводили с использованием окклюзионной бумаги «Vaush».

Обобщенные данные геометрического анализа моделей челюстей пациентов I группы представлены в **таблице 5**.

Выявленные причины смещения нижней челюсти в ту или иную сторону у пациентов I группы указаны в **таблице 6**.

Исследования моделей челюстей 12 пациентов II-группы (9 женщин и 3 мужчины) зафиксированных в миорелаксационном положении в артикуляторе «Bio-art 4000» проводили с использованием окклюзионной бумаги «Vaush».

Выявленные причины смещения нижней челюсти в мезиальном направлении у пациентов II группы указаны в **таблице 7**.

Таблица 5
Обобщенные данные геометрического анализа моделей челюстей пациентов I группы

Патология, выявленная при геометрическом анализе моделей челюстей пациентов I группы	Количество	%
Смещение нижней челюсти вправо	39	60,93 %
Смещение нижней челюсти влево	25	39,06 %
Деформация окклюзионной кривой Шпее	42	65,62 %
Деформация зубных рядов	19	29,68 %
Повороты зубов вокруг своей оси	13	20,31 %
Естественные зубы и зубные протезы, находящиеся в супраокклюзии на верхней челюсти	36	56,25 %
Естественные зубы и зубные протезы, находящиеся в супраокклюзии на нижней челюсти	27	42,18 %
Естественные зубы и зубные протезы, находящиеся в инфраокклюзии на верхней челюсти	4	6,25 %
Естественные зубы и зубные протезы, находящиеся в инфраокклюзии на нижней челюсти	19	29,68 %
Патологии прикуса (необходимость ортодонтического лечения)	6	9,37 %
Генерализованная стираемость	7	10,93 %

объясняется значительная распространенность длительных сроков потери зубов среди пациентов, имеющих внутрисуставные нарушения.

Срок свыше 5 лет в структуре обследованных больных было небольшим, хотя степень выраженности синдрома дисфункции ВНЧС у них была достаточно высокой.

У большинства лиц отмечена потеря одного или нескольких зубов 65 (69,89%), у 28 (30,11%) был полный зубной ряд. Причины потери зубов имели следующую структуру: первое место – кариес (94,63%), второе – заболевания пародонта (3,22%) и третье – травмы (2,15%).

Важное прогностическое значение имеет вид прикуса. По полученным данным представлением в **таблице 3**, можно сделать вывод, что БСД ВНЧС напрямую с видом прикуса не связан, так как физиологические прикусы был диагностирован у 63,44(%) пациентов, а аномалии прикуса были выявлены у 36,56% обследованных. Результаты исследования отражены в **таблице 4**.

Исследования моделей челюстей у 64 пациентов I группы (47 женщины и 17 мужчин) зафиксированных в миорелаксационном положении в

Таблица 6
Выявленные причины латерального смещения нижней челюсти

Причины смещения нижней челюсти	К-во случаев	%
Повышающих прикус пломб	3	4,68 %
Повышающих прикус конструкции зубных протезов	16	25 %
Пыдвинувшиеся естественные зубы	13	20,31 %
Зубные протезы, изготовленные с неправильно зафиксированной центральной окклюзией	7	10,93 %
Стирание зубов преимущественно с одной из сторон	16	25 %
Односторонние концевые дефекты	9	14,06 %
Гипербалансирующие контакты	61	95,31 %
Неустойчивый скользящий прикус	3	4,68 %

Таблица 7

Обобщенные данные геометрического анализа моделей челюстей пациентов II группы

Результаты геометрического анализа диагностических моделей челюстей	кол-во случаев	%
Симметричное мезиальное смещение нижней челюсти	12	100%
Стёртые поверхности зубов	5	41,67%
Деформация окклюзионной кривой Шпее	12	100%
Патологии прикуса (необходимость ортодонтического лечение)	1	8,33%
Естественные зубы и зубные протезы, находящиеся в супраокклюзии на верхней челюсти	6	50%
Естественные зубы и зубные протезы, находящиеся в супраокклюзии на нижней челюсти	4	33,33%
Естественные зубы и зубные протезы, находящиеся в инфраокклюзии на верхней челюсти	1	8,33%
Естественные зубы и зубные протезы, находящиеся в инфраокклюзии на нижней челюсти	2	16,67%
Снижение межальвеолярной высоты с появлением блокирующих супраконтатов	4	33,33%

Таблица 8

Качественная оценка мезиально направляющих супраконтатов

Мезиально направляющие супраконтаты	Количество	%
Симметричное утолщение искусственных коронок и протезов в дистальных отделах зубного ряда (неправильно зафиксированная центральная окклюзия)	1	8,33%
Симметричное выдвигания в сторону отсутствующих антагонистов верхних зубов мудрости	3	25%
Дефекты зубных рядов с симметричными направляющими контактами антагонистов в мезиальном направлении	2	16,67%
Деформации зубных рядов, требующие ортодонтического лечения	6	50%

Таблица 9

Обобщенные данные геометрического анализа моделей челюстей пациентов III группы

Результаты геометрического анализа диагностических моделей челюстей	кол-во случаев	%
Симметричное дистальное смещение нижней челюсти	17	100%
Стёртые поверхности зубов	5	29,41%
Деформация окклюзионной кривой Шпее	16	94,11%
Патологии прикуса (необходимость ортодонтического лечение)	5	29,41%
Естественные зубы и зубные протезы, находящиеся в супраокклюзии на верхней челюсти	9	52,94%
Естественные зубы и зубные протезы, находящиеся в супраокклюзии на нижней челюсти	2	11,76%
Естественные зубы и зубные протезы, находящиеся в инфраокклюзии на верхней челюсти	2	11,76%
Естественные зубы и зубные протезы, находящиеся в инфраокклюзии на нижней челюсти	4	23,52%
Снижение межальвеолярной высоты с появлением блокирующих супраконтатов	4	23,52%
Дефекты зубных рядов с потерей опоры в боковых участках	8	47,05%

Таблица 10

Качественная оценка дистально направляющих супраконтатов

Дистально направляющие супраконтаты	Количество	%
Утолщения искусственных коронок и мостовых протезов во фронтальном участке верхней или нижней челюсти;	3	17,64%
Деформации окклюзионной поверхности за счёт выдвинувшихся естественных зубов	12	70,58%
Симметричное выдвигания в сторону отсутствующих антагонистов верхних зубов мудрости	3	17,64%
Утолщения естественных передних зубов обеих челюстей реставрациями и (или) пломбами	2	11,76%
Ретрузионный наклон верхних фронтальных зубов	3	17,64%
Выдвигания в сторону отсутствующих антагонистов нижних зубов мудрости	6	35,29%

Выявленные причины смещения нижней челюсти в ту или иную сторону у пациентов II группы указаны в **таблице 8**.

Исследования моделей челюстей 17 пациентов III-группы (13 женщин и 4 мужчины) зафиксированных в миорелаксационном положении в артикуляторе «Bio-art 4000» проводили с использованием окклюзионной бумаги «Vaush».

Обобщенные данные геометрического анализа моделей челюстей пациентов III группы представлены в **таблице 9**.

Выявленные причины смещения нижней челюсти в дистальном направлении у пациентов III группы указаны в **таблице 10**.

Выводы. Подводя итоги, следует отметить, что при отсутствии надлежащих профилактических мероприятий и (или) своевременной квалифицированной стоматологической помощи, особенно ортопедической, происходит потеря опоры зубов в боковых участках или возникают окклюзионные препятствия (супраконтакты), что приводит к изменению положения и движений нижней челюсти, к ее смещению в том или ином направлении. В результате нарушаются межокклюзионные соотношения, верхне-нижнечелюстная взаимосвязь, изменяется положение суставных головок, происходит прямое воздействие на ткани височно-нижнечелюстного сустава, возникает напряжение жевательных мышц и в первую очередь наружной крыловидной мышцы, смещение суставных дисков, развивается подвывих

(вывих) диска, появляется щелканье в суставе одно- или двустороннее. На этом фоне у генетически предрасположенного человека при воздействии психо-эмоционального фактора (стресс) развивается спазм наружной крыловидной и других жевательных мышц, формируются «триггерные точки», что, в зависимости от вида и степени смещения нижней челюсти проявится типичной для ВНЧС клинической картиной.

Однако зубочелюстная система человека обладает определенной генетически обусловленной функциональной адаптацией к окклюзионным нарушениям и психо-эмоциональному напряжению, что не всегда приводит к нарушениям функции и трофики жевательных мышц и височно-нижнечелюстных сочленений.

Эти закономерности клинических проявлений и геометрический анализ моделей челюстей позволяют в определенной степени опытному специалисту отличить болевой синдром дисфункции от сходных с ним заболеваний, установить причину и назначить адекватное лечение, и только при отсутствии положительного результата направлять пациентов в специализированные гнатологические центры.

Перспективы дальнейших исследований. В перспективе дальнейшей работы предполагается проверка протокола применения накусочных шин пациентам, страдающим БСД ВНЧС в зависимости от анализа окклюзионных взаимоотношений и наличия суперконтактов.

Литература

1. Макеев В. Ф. Особливості обстеження хворих на скронево-нижньощелепні розлади / В. Ф. Макеев, Р. В. Кулінченко. – 2006. - № 1. – С 53.
2. Мирза А. И. Диагностика и лечение болевого синдрома дисфункции височно-нижнечелюстного сустава : дисс. на соискание ученой степени доктора мед. наук : спец. 14. 00. 21 «Стоматология» / А. И. Мирза. – Киев, 2002. – 304 с.
3. Мирза А. И. Этиология и патогенез дисфункциональных состояний нижней челюсти и жевательных мышц. Обзор литературы / А. И. Мирза, Е. Ю. Мозолюк, А. В. Штефан // Современная стоматология. – 2009. – № 1(45). – С. 102-106.
4. Мірза О. І. Збільшення міжальвеолярної висоти як провокуючий фактор синдрому більової дисфункції скронево-нижньощелепного суглобу / О. І. Мірза, А. В. Штефан // Матеріали III (X) з'їзду Асоціації стоматологів України. Полтава. – 2008. – С. 412.
5. Мірза О. І. Супраконтакти, як провокуючий фактор синдрому більової дисфункції скронево-нижньощелепного суглобу / О. І. Мірза, А. В. Штефан // Тези ювілейної науково-практичної конференції «Стоматологія – вчора, сьогодні і завтра, перспективні напрямки розвитку». – Івано-Франківськ, 2009. – С. 130.
6. Новиков В. М. Избирательное пришлифовывание зубов при дисфункциональных состояниях ВНЧС / В. М. Новиков // Український стоматологічний альманах. – № 1. – 2003. – С. 17-18.
7. Новіков В. М. Морфометричні особливості функціонально-діючих елементів зубощелепної системи за даними МР-томографії / В. М. Новіков // Український стоматологічний альманах. – 2006. - № 4. – С. 42-44.
8. Хватова В. А. Диагностика и лечение нарушений функциональной окклюзии / В. А. Хватова. – Нижний Новгород, 1996. – 275 с.
9. Хватова В. А. Функциональная диагностика и лечение в стоматологии / В. А. Хватова. – М. : Медицинская книга, 2007. – 294 с.

УДК 616. 724-007-07

ДІАГНОСТИКА ПАТОЛОГІЇ СКРОНЕВО-НИЖНЬОЩЕЛЕПНОГО СУГЛОБА ОКЛЮЗІЙНОГО ГЕНЕЗА

Новіков В. М., Штефан А. В.

Резюме. Окклюзійні порушення в зубощелепній системі можуть бути як причиною, так і обтяжливими факторами при цілому комплексі стоматологічних захворювань. Це і визначило мету дослідження – підвищити ефективність лікування пацієнтів з больовим синдромом дисфункції скронево-нижньощелепного суглоба (БСД СНЩС) окклюзійного генеза. Об'єктом клінічного дослідження були 93 людини (69 жінок та 24 чоловіка) в віці 16-73 роки з клінічними ознаками БСД СНЩС. Визначені закономірності клінічних проявів і геометричний аналіз моделей щелеп дозволяють, в певній мірі, досвідченому спеціалісту відрізнити больовий синдром

дисфункції від подібних до нього захворювань, встановити причину і призначити адекватне лікування, і тільки при відсутності позитивного результату, направляти пацієнтів в спеціалізовані гнатологічні центри.

Ключові слова: больовий синдром дисфункції скронево-нижньощелепного суглоба, оклюзія, супраконтакти.

УДК 616. 724-007-07

ДИАГНОСТИКА ПАТОЛОГИИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА ОККЛЮЗИОННОГО ГЕНЕЗА

Новиков В. М., Штефан А. В.

Резюме. Окклюзионные нарушения в зубочелюстной системе могут являться как причиной, так и отягощающими факторами при целом комплексе стоматологических заболеваний. Это и определило цель исследования - повысить эффективность лечения пациентов с болевым синдромом дисфункции височно-нижнечелюстного сустава окклюзионного генеза. Объектом клинического исследования были 93 человека (69 женщин и 24 мужчины) в возрасте 16-73 лет с клиническими признаками БСД ВНЧС. Выявленные закономерности клинических проявлений и геометрический анализ моделей челюстей позволяют в определенной степени опытному специалисту отличить болевой синдром дисфункции от сходных с ним заболеваний, установить причину и назначить адекватное лечение, и только при отсутствии положительного результата направлять пациентов в специализированные гнатологические центры.

Ключевые слова: болевой синдром дисфункции височно-нижнечелюстного сустава, окклюзия, супраконтакты.

UDC616. 724-007-07

Diagnostics of Temporomandibular Joint Pathology of Occlusive Origin

Novikov V. M., Shtefan A. V.

Abstract. Occlusal disorders of dentoalveolar system can be both the cause and the aggravating factors in the whole complex of dental diseases. This investigation is a part of implementation of the subject matter, entitled «The Impact of Anthropogenic Environmental Factors on the Urban Population» (No. 0107U002291). The author is the direct executor of the indicated theme.

The analysis of the immediate and long-term results of applied methods for complex treatment of patients with pain syndrome (PS) of TMJ dysfunction showed their physiologic and high efficiency, and improvement of hospital treatment due to impact on all stages of the PS TMJ pathogenesis, as mandible position is fixing-up and spatial correlation of TMJ's elements are optimizing, biological activity of chewing muscles are becoming normal with elimination of its overloading during mastication.

Having analyzed patients' anamnestic data as for their disappointments from specialist to specialist, caused by the noise and/or pain, generated in one or both temporomandibular joints, the authors concluded that there is a lack of professional awareness of dentists as for the expertise and amount of medical treatment, provided to patients of this category. Some patients have an appointment after consultations with dental surgeons with diagnosis of arthrosis-arthritis, other come after consultations with otorhinolaryngologists, neurologists and even psychiatrists, whom patients have been referred by dentists. Such visits delay the time for patients' care, impeding their treatment.

93 people (69 women and 24 men), aged from 16 to 73, with clinical manifestations of PS TMJ have been involved into clinical study.

Results of the research. The analysis of study casts' measuring, made in 93 patients with temporomandibular joint pain syndrome of occlusive origin showed that asymmetrical laterally-directing supracontact (fillings, crowns or artificial teeth, protruded or shifted natural teeth) has been observed in prevailing majority of cases (68,82%). These patients were included into Group I. 12,9% of patients with bilateral symmetrical mesially-directing supracontact (fillings, crowns or artificial teeth, protruded terminal upper teeth) were included into Group II. 18,28% of patients with symmetrical distally-directing supracontact (fillings, crowns or artificial teeth on the frontal area, protruded terminal lower teeth) were included into Group III.

Summing up, it should be noted that lack of appropriate preventive measures and (or) timely professional dental care, especially orthopedic one, results in loss of lateral teeth support or occurrence of occlusal barriers (supracontacts) that leads to changes in the position and movements of the mandible, to its displacement in either direction. Against this background, in genetically predisposed people under the influence of the psycho-emotional factors (stress), spasm of external pterygoid and other masticatory muscles develops with the formation of "trigger points" that, depending on the type and degree of mandible displacement, will be typical for TMJ clinical picture.

The patterns of clinical manifestations and geometric analysis of study casts allow the experienced specialist to distinguish, to a certain extent, a pain syndrome of dysfunction from similar diseases, to determine the cause and prescribe the proper treatment and refer patients to specialized gnathological centers only if there is no positive result.

Key words: PS TMJ, occlusion, supracontacts.

Рецензент – проф. Дворник В. М.

Стаття надійшла 25. 02. 2014 р.